

 <p>CENTRO RICERCA CURA BALBUZIE disturbi del linguaggio e dell'apprendimento</p>	CRC BALBUZIE	MO 52	 
	Modulo richiesta di presa in carico in regime di Accreditemento con il Sistema Sanitario Regionale	Rev. 8 del 04/10/2019	

1 - MODALITA' DI ACCESSO AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO AMBULATORIALE

Gentile Utente,

prima di procedere alla compilazione del presente modulo, vorremmo dedicasse qualche momento alla lettura delle modalità di accesso al trattamento riabilitativo. Il **Decreto Regionale n. 319 del 06/07/2015** (che ha sostituito il comma 2 del punto 5.1 del precedente decreto, **n. 39 del 20/03/2012**) stabilisce che *"L'accesso al trattamento riabilitativo ambulatoriale avviene tramite visita del medico specialista di riferimento per la specifica disabilità, su richiesta del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico Pediatra di Libera Scelta (MPLS), che indica la/e problematica/he clinica/he da valutare". Per i minori, la durata del Progetto Riabilitativo Individuale è definita in accordo con il servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) della Asl di residenza del paziente"*

La prescrizione autorizzativa deve avere una data di rilascio non inferiore ai 12 mesi rispetto alla data della presente richiesta.

La selezione del paziente dalla lista delle richieste avverrà pertanto in presenza della suddetta prescrizione, e secondo i seguenti ulteriori parametri di accesso:

- data della richiesta;
- età del paziente;
- patologia;
- condizioni sociali eventualmente segnalate dai servizi territoriali;
- competenze delle risorse disponibili del Centro correlate alla specificità per la patologia Balbuzie;

Ai fini della presa in carico, è necessario inviare tempestivamente e in forma scritta la nuova prescrizione, qualora quella precedente risultasse scaduta, nonché le relazioni cliniche attestanti un eventuale cambio di diagnosi (via mail a presaincarico@crc-balbuzie.it o via fax allo 06/5919557), utilizzando esclusivamente l'ultima pagina del presente modulo.




Con le stesse modalità potranno essere comunicate tutte le altre variazioni amministrative (residenza, informazioni di contatto, responsabilità genitoriale, ecc).

L'eventuale rinuncia alla presente richiesta di presa in carico deve essere comunicata – per iscritto - alla Segreteria del Centro (mail segreteria@crc-balbuzie.it).

Per accettazione
(firma del paziente o di chi ne fa le veci)

Dott.ssa Donatella Tomaiuoli
Amministratore Unico

Cognome e nome del paziente
(scrivere a stampatello)

 <p>CENTRO RICERCA CURA BALBUZIE disturbi del linguaggio e dell'apprendimento</p>	CRC BALBUZIE	MO 52	 
	Modulo richiesta di presa in carico in regime di Accreditemento con il Sistema Sanitario Regionale	Rev. 8 del 04/10/2019	

2 - AUTOCERTIFICAZIONE DELLA QUALITA' DI GENITORE – ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (ART. 46 – D. P. R. 28 DICEMBRE 2000 n. 445) E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 e 14 RUE 679/2016)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ Prov _____ via _____ n° _____,
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA DI ESSERE (*barrare la casella*)

- Genitore titolare/esercente la responsabilità genitoriale
- Persona esercente la responsabilità genitoriale
- Tutore/Curatore di persona interdetta o inabilitata
- Tutore/Curatore di minore
- Amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute

di _____ nato/a a _____ il _____

Alla presente, allega un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto _____, meglio sopra generalizzato, dichiara di aver ricevuto e compreso l'informativa prevista dagli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (di seguito denominato RUE 679/2016), e pertanto, consapevole del fatto che l'eventuale consenso avrà validità per ogni prestazione fruita presso il CRC Balbuzie,

presta il consenso al trattamento nega il consenso al trattamento




Data _____ Firma _____

(solo per il genitore esercente la responsabilità genitoriale)

DICHIARA ALTRESI'

di procedere alla richiesta di presa in carico con il consenso dell'altro genitore, con la consapevolezza che una dichiarazione non veritiera potrà essere valutata eventualmente dal giudice quale motivo di modifica delle condizioni di affidamento.

Data _____ Firma _____

 <p>CENTRO RICERCA CURA BALBUZIE disturbi del linguaggio e dell'apprendimento</p>	CRC BALBUZIE	MO 52	 
	Modulo richiesta di presa in carico in regime di Accreditemento con il Sistema Sanitario Regionale	Rev. 8 del 04/10/2019	

3 - RICHIESTA DI PRESA IN CARICO

Il/la sottoscritto/a _____, meglio generalizzato nella pag. 2 del presente modulo:

RICHIEDE

la presa in carico riabilitativa presso questo Centro della persona di seguito indicata:

Cognome _____
Nome _____
Luogo di nascita _____
Data di nascita _____
Codice fiscale _____
Indirizzo di residenza _____
Cap, Città e Provincia _____
Municipio (solo per Roma) _____
Telefono fisso _____
Cellulare _____
Altro recapito _____
Indirizzo mail _____

Scuola asilo scuola d'infanzia elementare media superiore **Sostegno scolastico** sì no **A.E.C.** sì no

Invalidità nessuna richiesta riconosciuta percentuale _____ con indennità di frequenza accompagnamento

Medico/Pediatra di base _____

Recapito telefonico _____

Data _____

Firma _____

La mancata compilazione di anche uno solo dei punti della parte sottostante comporterà la non accettazione della presente richiesta.

DIAGNOSI _____

CODICE ICD-9 (o ICD-10) _____

DATA PRESCRIZIONE _____

RILASCIATA DA _____

Allegati:

1) *prescrizione del trattamento riabilitativo;*




2) *valutazioni cliniche*

Data _____

Firma _____

CENTRO RICERCA E CURA BALBUZIE S.r.l. s.u.

Sede legale: Viale Europa 97, 00144 Roma Tel/fax 06.5910353 Sede operativa: Viale Beethoven 56 Tel. 06.5910595 Fax 06.5919557
C.C.I.A.A. Roma n.998741 P.IVA e Codice Fiscale n.06936541009 Sito Web: <http://www.crc-balbuzie.it> Mail: info@crc-balbuzie.it

 <p>CENTRO RICERCA CURA BALBUZIE disturbi del linguaggio e dell'apprendimento</p>	CRC BALBUZIE	MO 52	 
	Modulo richiesta di presa in carico in regime di Accreditemento con il Sistema Sanitario Regionale	Rev. 8 del 04/10/2019	

Il/la sottoscritto/a _____, meglio generalizzato nella pag. 2 del presente modulo:

autorizza non autorizza

il CRC Balbuzie ad inviare, laddove necessario, comunicazioni ufficiali relative esclusivamente alla presente richiesta all'indirizzo mail sopra fornito o a quello successivamente comunicato.

Data _____

Firma _____

Richiede infine che le informazioni medico/riabilitative e quelle amministrative vengano fornite, se dagli interessati richieste, esclusivamente ai seguenti nominativi (e comunque previa indicazione del numero di protocollo della seguente richiesta, indicato nello spazio sottostante):

Nome	Cognome	Data di nascita	Rapporto con il paziente

Data _____

Firma _____

(spazio sottostante riservato alla Segreteria)




Prot. _____ del _____

Si certifica che il dichiarante ha presentato documentazione clinica composta di _____ fogli.

Copia del seguente modulo viene rilasciata al richiedente ed è valida come attestazione di presentazione della domanda.

Data _____

Timbro e Firma Addetto di Segreteria _____

 <p>CENTRO RICERCA CURA BALBUZIE disturbi del linguaggio e dell'apprendimento</p>	CRC BALBUZIE	MO 52	 
	Modulo richiesta di presa in carico in regime di Accreditemento con il Sistema Sanitario Regionale	Rev. 8 del 04/10/2019	

4 – AGGIORNAMENTI CLINICI E AMMINISTRATIVI

(da compilarsi obbligatoriamente in caso di rinnovo della prescrizione e/o di cambio di diagnosi)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ Prov _____ via _____ n° _____,
in riferimento alla richiesta di presa in carico presentata in data _____ prot. _____ e relativa al minore:
_____ nato a _____ il _____,
allega alla presente, unitamente ad un proprio documento di riconoscimento in corso di validità, copia degli aggiornamenti clinici relativi al minore stesso. Nello specifico:

prescrizione relazione clinica (attestante il cambio di diagnosi) altro, specificare _____

La mancata compilazione di anche uno solo dei punti della parte sottostante comporterà la non accettazione del presente aggiornamento.

DIAGNOSI _____
CODICE ICD-9 (o ICD-10) _____
DATA PRESCRIZIONE _____
RILASCIATA DA _____

In riferimento alla medesima richiesta di presa in carico, comunica altresì che sono variare le seguenti informazioni amministrative:

Indirizzo di residenza _____
Cap, Città e provincia _____
Municipio (solo per Roma) _____
Telefono fisso _____
Cellulare _____
Indirizzo mail _____

Scuola asilo scuola d'infanzia elementare media **Sostegno scolastico** sì no **A.E.C.** sì no

Invalidità nessuna richiesta riconosciuta percentuale _____ con indennità di frequenza accompagnamento

Medico/Pediatra di base _____

Recapito telefonico _____

ALTRE INFORMAZIONI UTILI:

Data _____

Firma _____

CENTRO RICERCA E CURA BALBUZIE S.r.l. s.u.

Sede legale: Viale Europa 97, 00144 Roma Tel/fax 06.5910353 Sede operativa: Viale Beethoven 56 Tel. 06.5910595 Fax 06.5919557
C.C.I.A.A. Roma n.998741 P.IVA e Codice Fiscale n.06936541009 Sito Web: <http://www.crc-balbuzie.it> Mail: info@crc-balbuzie.it